



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

JULIANA KAROLINE BRASIL DE LIMA

**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DAS TAXAS
MODERADORAS E DO ACESSO À SAÚDE EM PORTUGAL**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2022**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

JULIANA KAROLINE BRASIL DE LIMA

**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DAS TAXAS
MODERADORAS E DO ACESSO À SAÚDE EM PORTUGAL**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Petra Oliveira Duarte

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do
SIB/UFPE

Lima, Juliana Karoline Brasil de.

Serviço Nacional de Saúde: implementação das taxas moderadoras e do
acesso à saúde em Portugal / Juliana Karoline Brasil de Lima. - Vitória de
Santo Antão, 2022.

49 p.

Orientador(a): Petra Oliveira Duarte

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2022.

1. taxas moderadoras. 2. sistemas de saúde. 3. Portugal. 4. integralidade em
saúde. I. Duarte, Petra Oliveira. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

JULIANA KAROLINE BRASIL DE LIMA

**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DAS TAXAS
MODERADORAS E DO ACESSO À SAÚDE EM PORTUGAL**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 04/11/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Petra Oliveira Duarte (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Jorgiana de Oliveira Mangueira
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Amanda Correia Zacarias Paes
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jailma Maria e José Cícero, pelas lições de vida, pelo cuidado, carinho e amor incondicional, ao meu lado, em todos os momentos.

À minha melhor amiga e irmã, Glenda Emanuelle, responsável por me manter sã nos meus piores momentos, por enfrentar junto comigo as dificuldades da vida e por ser a minha luz. A sua confiança no meu potencial ajuda-me a acreditar que posso vencer os obstáculos da vida. Amo você.

À João Pedro e Caio Henrique, por me aconselharem, pelas nossas conversas, risadas, reflexões sobre a vida pessoal e profissional.

Ao meu grupo de amigos, Ana Andrielly, Thaisy Brasil, Lucivânia de Jesus, Flávio e Joyce, pelos momentos de alegria, companheirismo e descontração.

A Larissa França e Clodoaldo Lucas, pelo apoio e por sempre ouvirem os meus desabafos, mesmo morando em cidades diferentes.

Ao meu quinteto, Arianne Karla, Larissa Vieira, Laís Mendes, Luana Gabriellen e Suellen Santos, pela convivência, momentos compartilhados, lágrimas derramadas, sorrisos (muitos) à toa, discussões, apoio, carinho e amor. Sem vocês, eu não sobreviveria a graduação. Vocês foram o meu forte. Amo vocês.

As professoras Jorgiana de Oliveira, Fabiana Oliveira e Amanda Paes, pelas contribuições no momento de qualificação do projeto.

A todos os professores da graduação, que contribuíram para a minha formação. E, em especial, a professora doutora Petra Duarte, minha orientadora, que sempre se mostrou muito solícita e paciente durante todo o processo de orientação.

Aos meus cachorros, Moana, Marcelo, Rogerinho, Shakira e Jorge, e, aos que já não estão mais aqui, Olivia, Negão e Zé, por me mostrarem que a minha vida seria incompleta sem vocês e que o maior amor que existe no mundo, é o de quatro patas.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste estudo.

RESUMO

O aumento dos gastos com saúde tornou-se uma preocupação crescente para os governos em toda a Europa. Nesse sentido, medidas de racionalização dos gastos com saúde vêm sendo introduzidas ao longo dos últimos anos. A taxa moderadora é um instrumento financeiro de natureza definida, que tem como objetivo a racionalização da procura de cuidados à saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto das taxas moderadoras no acesso integral à saúde no sistema de saúde português. Este trabalho é um estudo qualitativo de revisão narrativa, que objetivou conhecer o que a literatura especializada em saúde traz sobre as taxas moderadoras em Portugal. A busca dos artigos ocorreu na base de dados do Google Acadêmico e no Portal de Periódicos CAPES, e, dada a natureza da revisão, a escolha dos artigos se deu por conveniência e conteúdo. Como comentários finais, identificou-se que as taxas moderadoras podem ser um obstáculo para a obtenção de cuidados de saúde eficazes e necessários e ferem o princípio fundamental da garantia do direito.

Palavras-chave: Taxas Moderadoras; Sistemas de Saúde; Portugal; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The increased health spending has become a growing concern for governments across Europe. In this sense, measures to rationalize health spending have been introduced over the last few years. The moderator rate is a financial instrument of a defined nature, which aims to rationalize the demand for health care. This study aimed to evaluate the impact of moderating rates on comprehensive access to health in the health system Portuguese. This work is a qualitative study of narrative review, which aimed to know what the specialized literature on health brings about the moderator rates in Portugal. The search for the articles occurred in the Google Scholar database and in the CAPES Journal Portal, and, given the nature of the review, the choice of the articles was for convenience and contente. As final comments, it was identified that the moderating rates can be an obstacle to obtaining effective and necessary health care and hurt the fundamental principle of guarantee of the right.

Keywords: Moderating Rates; Health Care Services; Portugal; Integrality In Health

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

APS – Atenção Primária a Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

FMI – Fundo Monetário Internacional

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organização não Governamental

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS – Serviços Médicos Sociais

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TM – Taxas Moderadoras

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Principais tipos de Sistemas de Serviços de Saúde	13
2.1.1 Sistema de Dominância de Mercado	13
2.1.2 Sistemas de Seguros Sociais Obrigatórios	13
2.1.3 Sistema de Dominância Estatal	14
2.2 Portugal	16
2.3 Taxas Moderadoras	16
2.4 Integralidade enquanto conceito	18
3 JUSTIFICATIVA	20
4 OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo Geral	21
4.2 Objetivos Específicos	21
5 METODOLOGIA	22
5.1 Plano de Levantamento de Dados	23
5.2 Plano de Análise dos Dados	23
5.3 Análise	24
6 RESULTADOS	25
6.1 Descrição do Sistema de Saúde Português	25
6.2 Funcionamento das taxas moderadoras em Portugal	30
6.3 Evolução das taxas moderadoras ao longo do tempo em Portugal	33
6.4 Implementação da integralidade do acesso à saúde em Portugal	36
7 DISCUSSÃO	39
8 COMENTÁRIOS FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

As estratégias de cuidado em saúde existem desde que os seres humanos perceberam e sentiram as manifestações da doença, e desde então têm buscado maneiras de proteger a saúde e tratar a doença. As percepções iniciais da doença estavam relacionadas a fenômenos físicos/ambientais como chuva, trovão, vento e relâmpagos. Naquela época, a doença era considerada um castigo dos deuses por algum ato individual ou coletivo de desrespeito e desobediência a essas entidades (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Ainda segundo Bispo e Messias (2005), mais tarde, a doença foi entendida como uma entidade extracorpórea suspensa no ar, habitando principalmente pântanos úmidos. Nessa época, surgiram iniciativas de organização de cuidados em saúde, que vão desde medidas curativas, sangrias e quarentenas, até medidas preventivas, como a construção de casas em locais altos e em ruas mais largas e a instalação de janelas para permitir a circulação do ar. Os microrganismos foram identificados por Pasteur na segunda metade do século XIX, e as pessoas começaram a acreditar que todas as doenças eram de origem monogênica, causadas pela penetração e infecção de microrganismos no corpo humano. Nesse período, o sistema de serviços de saúde começou a se organizar para combater as infecções instaladas e buscar formas de evitar a exposição humana a esses micróbios.

Segundo Roemer (1993), atualmente, com uma compreensão das formas complexas e multicausais do processo de atenção à saúde-doença, os sistemas de serviços de saúde são organizados de forma diferente entre os países, mas esses sistemas compartilham um objetivo comum de restaurar, proteger e promover a saúde de seus cidadãos. Para Mendes (2002a), para uma melhor prática profissional e uma gestão mais eficaz dos sistemas de saúde, é necessário um melhor entendimento da função, estrutura e organização desses sistemas. A prática profissional e a gestão não devem basear-se no senso comum ou no voluntariado político, como é a regra habitual. Além disso, o autor afirma que o desconhecimento dos fundamentos do sistema de serviços de saúde leva ao empobrecimento do debate sobre o sistema social, ao introduzir ruídos e conselhos inconsistentes que não se enquadram em suas características ou princípios específicos, levando a uma prática profissional fora de contexto e a um ineficaz gerenciamento.

A saúde tem sido um dos setores que mais cresce em Portugal nos últimos 40 anos. Paralelamente, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Portugal ocupa o 26º lugar no mundo em termos de despesas de saúde per capita. Vários motivos para o aumento foram citados, com destaque para a inflação da indústria, desenvolvimento tecnológico, características demográficas e de doenças, expectativas e comportamento do consumidor (ABREU, 2012). Ainda segundo Abreu (2012), o crescimento explosivo dos custos de saúde nas últimas décadas levou a medidas de vários governos para conter custos e racionalizar a demanda por cuidados de saúde, ou as chamadas taxas de moderação.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto das taxas moderadoras na utilização dos serviços de saúde e ponderar se impedem o acesso integral aos cuidados de saúde em Portugal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (2000) define Sistema de Saúde como: um conjunto coerente de diversos componentes interrelacionados, seja setorial ou intersetorialmente, que produzem um efeito na população. A configuração do sistema de saúde é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais. Com relação aos objetivos dos Sistemas de Saúde, Mendes (2002a) afirma que, independentemente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países têm objetivos comuns com relação a esses sistemas. Segundo o autor, os principais objetivos dos Sistemas de Saúde são: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada frente aos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento dos cidadãos; efetividade e eficiência dos serviços de saúde.

Mendes (2022), afirma que os principais componentes do sistema de saúde são a população e as instituições prestadoras de serviços, embora existam outros atores importantes como universidades, conselhos profissionais, indústria farmacêutica etc.

Porém, segundo Giovanella (2012, p.102), “os componentes de saúde se caracterizam em: cobertura, financiamento, força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações.”

De acordo com Conill (2012), ao longo da primeira metade do século XX, a prestação de serviços se expandiu com base no modelo de seguro social ou seguro público, concebido na Alemanha no final do século XIX, em 1883. Esse modelo influenciou o estabelecimento de sistemas previdenciários em muitos países, inclusive no Brasil, e se baseia em contribuições sociais obrigatórias pagas por empresas e trabalhadores a fundos públicos. Durante a segunda metade do século XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos, em um cenário de mudanças nas condições de saúde e doença, mudanças demográficas e crescente integração tecnológica (transição epidemiológica, transição nutricional, transição demográfica, urbanização e revolução tecnológica).

Há três décadas, o setor da saúde tem desempenhado um papel importante nas economias nacionais, gerando empregos, demandando investimentos e desviando parcela significativa dos recursos nacionais. No contexto da política de

proteção, o setor saúde configura-se como área-chave, seja por sua vertiginosa expansão nesse período, seja pela perspectiva de manutenção desse mesmo padrão nos próximos anos (VIANA, 2008).

Segundo Giovanella, “podemos relacionar os sistemas de saúde com os modelos de proteção social: seguridade social, seguro social e assistência social.”

De acordo com a autora, os modelos de proteção social envolvem a organização de formas e intervenções do Estado em toda a esfera social, além da saúde, mas também nas áreas de previdência e assistência social. Os modelos de proteção social em saúde correspondem à forma como os governos intervêm no financiamento, gestão e regulação de vários setores de atenção e prestação de serviços de saúde, resultando em diferentes condições de acesso e direito à saúde.

E, quando se trata de saúde, a autora afirma que os modelos mais comuns de seguridade social nos países industrializados avançados são o seguro social e a previdência social. O modelo de assistência social com foco no mercado remanescente é uma característica dos Estados Unidos.

A OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 1987) identificou modelos básicos de sistemas de saúde, levando em consideração diferenças no tipo de financiamento da saúde e diferenças na organização dos benefícios. O primeiro modelo, são os sistemas de saúde baseados no **modelo de Beveridge**, saúde com cobertura universal, tributação geral e financiamento público. Segundo Giovanella (2012), este modelo nasceu no Reino Unido, mas através do processo de difusão e adaptação, adotado em muitos países europeus e não europeus. O segundo é o sistema de saúde baseado no **modelo Bismarck**, com seguro social obrigatório, é financiado por empregadores e empregados por meio de um fundo de seguro sem fins lucrativos, onde os serviços de saúde podem ser públicos ou privados, a exemplo, temos a Alemanha, que é o protótipo deste sistema de saúde, mas vários países implantaram versões semelhantes (BURAU, 2006). E, por fim, o **modelo de assistência social**, segundo Giovanella (2012), o Estado não assume a responsabilidade de garantir a cobertura universal de saúde, mas apenas protege alguns dos grupos mais pobres, e todos têm que adquirir serviços individualmente no mercado de acordo com sua capacidade de pagamento, o que gera uma grave desigualdade.

Já Frenk (1994) afirma que é o papel que o Estado desempenha, quais são as suas intervenções e como articula os interesses dos vários componentes que

vão delinear e caracterizar o sistema de serviços de saúde. Assim, dependendo dos papéis atribuídos ao Estado e ao setor privado, surgiram três tipos principais de serviços de saúde.

2.1 Principais tipos de Sistemas de Serviços de Saúde

2.1.1 Sistema de Dominância de Mercado

Segundo Frenk (1994), esse modelo é caracterizado pelo financiamento privado. As seguradoras privadas atuam como mediadoras de classe. A escolha das empresas que prestam serviços de saúde é feita pelos cidadãos. Em outras palavras, o Estado confia os serviços de saúde ao mercado. Este regula o acesso aos serviços de saúde por meio das leis de oferta e demanda. Portanto, o setor privado é responsável pelas necessidades de saúde da maioria da população e todo cidadão pode utilizar os serviços que pode pagar.

No entanto, para Bispo Júnior e Messias (2005), os sistemas de serviços de saúde têm características especiais que o domínio do mercado não pode ou pelo menos não pretende levar em conta. A crença de que o Estado não deve intervir no mercado e que a saúde é um produto de consumo como qualquer outro produto disponível no mercado pode trazer consequências danosas para a população. Um exemplo clássico desse modelo que os autores apresentam, é o sistema de saúde dos Estados Unidos. O gasto total com saúde nos EUA é alto, cerca de 14% de seu PIB (para comparação, outros países desenvolvidos gastam entre 7% e 9%). Desse total, quase metade, ou 44%, é gasto público e, paradoxalmente, 40 milhões de americanos não têm nenhum tipo de assistência médica garantida. Atualmente, o PIB nos EUA gira em torno de 17% e o percentual de gasto público está maior que 50% (FIORENTINO, 2016).

2.1.2 Sistemas de Seguros Sociais Obrigatórios

Esse modelo de segurança social foi preservado na Alemanha em suas linhas essenciais até hoje, embora tenha-se adaptado às mudanças das sociedades industriais. Inicialmente, foi desenhado para proteger os trabalhadores da indústria e

as classes mais pobres (cerca de 15% da população), mas, sucessivamente foi estendido a todos os cidadãos alemães, chegando, em 2014, a um grau de cobertura superior a 85% deles, que estão matriculados em um dos 132 seguros sociais obrigatórios, no mesmo ano (BELLINI, 2014). Atualmente, o país já possui menos caixas de seguros, estando no total de 109, em 2017 (HOLST, 2017).

Segundo Giovanella (2012), nesse sistema, as atividades preventivas, segurança alimentar, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência social e promoção da saúde são de responsabilidade das Regiões (*Länder*); e as atividades de diagnose, tratamento e reabilitação, a cargo dos fundos de seguro obrigatório, ou seja, este modelo garante cobertura de saúde para quase toda a população e ajuda independentemente do poder de compra de um indivíduo. A sua contribuição é proporcional à renda, independente do risco individual.

2.1.3 Sistema de Dominância Estatal

Bispo Júnior & Messias (2005) caracterizam o Sistema de Saúde de Dominância Estatal, como um sistema nacional de saúde baseado nos princípios universais e de igualdade social, governança democrática e planejamento das ações de saúde. Suas principais características são a existência do Estado, que é responsável pelo financiamento, supervisão e provisão, e a definição do Estado de como o financiamento deve ser feito.

Para os autores, em um sistema de saúde liderado pelo Estado, este é responsável pela saúde de seus cidadãos, e a saúde é entendida como um direito civil e não como uma relação de consumo. Trata-se de um sistema geral em que os cidadãos têm direito a assistência sem tributação recorrente (para além do que já está previsto através da tributação). Nesse modelo, o Estado fornece as três principais funções macro do sistema, a saber: prover finanças, organizar/regular e servir aos cidadãos. É organizado por meio da atenção básica, com uma equipe de saúde responsável por um determinado número de residentes e atua como primeiro nível de contato para os demais níveis do sistema. Do ponto de vista econômico e social, esse tipo de organização traz vantagens para o sistema nacional de saúde (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Do ponto de vista econômico, permite uma melhor utilização dos recursos financeiros, e a maioria das questões são abordadas em nível de base, exigindo

cuidados continuados com menor custo. Do ponto de vista social, além de garantir assistência a toda a população, o sistema pode melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, proteger sua saúde e reduzir complicações evitáveis e desnecessárias. Desvantagens desse modelo, como longas listas de espera, principalmente para procedimentos de média e alta complexidade, baixa possibilidade de escolha do cidadão e, talvez por isso, menor satisfação do usuário.

Segundo Lobato e Giovanella (2012, p.103), “o financiamento como componente do sistema diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, ou seja, os recursos que ‘sustentam’ o sistema.”

O debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade da saúde tem se intensificado nos últimos anos, com a polarização entre propostas de sistemas universais e cobertura universal de saúde.

Giovanella (2018), afirma que o conceito de cobertura universal, é difundido por organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e incorporado às resoluções das Nações Unidas.

Segundo a autora, a cobertura universal de saúde é um termo ambíguo que tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades nacionais de saúde, governos e ONGs, especialmente nos países em desenvolvimento. A questão do financiamento está no centro da proposta da Cobertura Universal de Saúde, que incentiva a maior participação do setor privado no financiamento do setor e a expansão do mercado privado de saúde (GIOVANELLA, 2018).

A OMS (2010), no relatório mundial da saúde, afirma que o financiamento público perdeu importância, e a estratégia passou a ser reduzir os gastos diretos com a compra de seguro saúde privado ou seguro subsidiado para os pobres (subsidiado sob demanda). Em outras palavras, o caminho para a cobertura universal não é mais ampliando o financiamento público que corresponde à atenção universal à saúde: expandindo para sistemas nacionais de saúde com acesso universal e financiamento público (oferta subsidiada).

Em termos de financiamento, Medici (2010) diz que “boa parte do financiamento da saúde é feito através de famílias ou empresas, enquanto no segundo o financiamento se realiza através de impostos gerais e contribuições sociais, onde as regras públicas substituem os contratos individuais”.

2.2 Portugal

Portugal, oficialmente República Portuguesa, foi fundada no ano de 1143 e é um país cujo território estima-se em uma área de 92.152 Km² dividida por 18 distritos no Continente e 2 Regiões Autónomas (Açores e Madeira). Sua capital é Lisboa e o país, de acordo com o Banco Mundial (2020), possui uma população de 10,31 milhões de habitantes. O país de Portugal é uma república constitucional unitária semipresidencial e possui um regime democrata. Portugal possui quatro órgãos de soberania: o Presidente da República, a Assembleia da República, o governo e os tribunais (REPÚBLICA PORTUGUESA, 2022).

A saúde é um dos setores que mais cresce em Portugal nos últimos 40 anos. Recursos financeiros, humanos e técnicos são dedicados a esta área. Paralelamente, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), ampliando o acesso aos cuidados de saúde (ABREU, 2012). Desde a sua criação e expansão, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em vigor em Portugal, tem-se pautado por princípios fundamentais, destacando a sua universalidade e tendendo para a gratuidade. Para além dos inúmeros avanços científicos, médicos e tecnológicos que têm contribuído para a melhoria da qualidade dos serviços, surgiram questões sobre a eficiência e sustentabilidade do SNS, sobretudo no contexto da atual crise econômica e financeira e da grave escassez de recursos (MIGUEL, 2003).

Portugal ocupa o 26º lugar no mundo em gastos com saúde per capita. Várias razões para este crescimento têm sido apontadas, com destaque para a inflação do setor, evolução tecnológica, características demográficas e de morbidade, expectativas e comportamentos dos consumidores (ABREU, 2012).

Ainda segundo Abreu (2012), o crescimento exponencial dos gastos com a saúde nas últimas décadas levou a medidas de diferentes governos para controlar custos e racionalizar a demanda por cuidados de saúde, as chamadas taxas moderadoras.

2.3 Taxas Moderadoras

A taxa moderadora é um instrumento financeiro de natureza definida, que tem como principal objetivo a racionalização da procura de cuidados de saúde e que vêm sendo introduzidas em diversos países ao longo dos últimos anos. Considerando a

sempre presente polêmica em introduzir pagamentos de taxas pelos usuários, no SUS, Vianna, Piola e Ocké-Reis, já em 1998, fizeram um estudo a respeito, no qual equiparam a nomenclatura de Taxa Moderadora e Copagamento:

Copagamento, taxa moderadora, participação no custeio (*cost.sharing*) ou, ainda, contrapartida do usuário, são diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços, quando destes fizer uso (VIANNA; PIOLA; OCKÉ-REIS, 1998, p8).

Os autores também relatam a presença da experiência do copagamento ou taxa moderadora em diversos países em diversos momentos e contextos, como a França (*ticket moderateur*), a Inglaterra, a China, e diversos países da América Latina (VIANNA; PIOLA; OCKÉ-REIS, 1998).

Na Europa, a República Checa adotou o sistema de taxas moderadoras em 2008, tendo obtido grande sucesso no controle da despesa e na diminuição da procura (KRÚTILOVÁ, 2010). Na Suécia, este sistema existe desde 1970, quando da socialização do sistema de saúde (HJERTQVIST, 2002) e parece ter produzido bons resultados na moderação da utilização dos serviços de saúde.

Em Portugal, tais medidas de controle de custos foram adicionadas e estendidas a diferentes setores da saúde. O que parece entrar em conflito com o direito dos portugueses a um sistema de saúde universal e geralmente gratuito, financiado por impostos. As taxas moderadoras estão regulamentadas desde a criação do SNS, em 1979. A legislação posterior manteve a possibilidade destas taxas, a Lei Básica de Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto de 1990), até 1992, onde são efetivamente formuladas de acordo com o Decreto n.º 54/92, de 11 de abril de 1992, e são aplicáveis aos auxílios no diagnóstico e tratamento, na prestação de cuidados de saúde, em consultas e serviços de urgência em hospitais e centros de saúde. As taxas de internação e cirurgia ambulatorial foram cobradas posteriormente em 2006, mas foram eliminadas em 2009 (BARROS, 2012).

Lucas (1990) define a taxa moderadora como uma taxa reserva, ou seja, uma taxa cuja receita é utilizada para financiar uma atividade governamental específica, no caso a prestação de cuidados de saúde, e que muitas vezes desempenha um papel marginal como fonte de receita para o Estado.

Segundo o autor, as taxas moderadoras correspondem ao que os consumidores pagam no momento do uso, e sua finalidade é, teoricamente, moderar a demanda e reduzir o consumo excessivo de cuidados

O principal objetivo da taxa moderadora é reduzir o que é considerado consumo excessivo, evitando assim o consumo excessivo de cuidados de saúde (GRABKA et al, 2006). No entanto, estes também apresentam riscos como a redução da resolubilidade e integralidade do sistema, pois muitas vezes o usuário não sabe distinguir se precisa ou não de cuidados de saúde, e para quem não pode pagar, o poder discricionário pode inibir o consumo necessário (PAULY, 2004).

No Brasil, segundo relato histórico de Vianna, Piola e Ocké-Reis (1998) durante o período de ditadura civil-militar houve tentativas mal-sucedidas de implantar copagamento no sistema previdenciário. A primeira tentativa foi na proposta do chamado Plano Leonel Miranda: este Plano Nacional de Saúde de 1967 propunha, além de um processo de privatização da rede pública, o estabelecimento de uma tabela de taxas de copagamento, proporcionais à renda do segurado. Na segunda, em 1974, se propôs o estabelecimento de taxas de hotelaria hospitalar. Em 1977, na criação do SINPAS, se inseriu a previsão possibilidade de copagamento, mas sem mecanismos de operacionalização. E, por fim, em 1980, estabeleceu-se, por portaria, a negociação entre usuários:

Em 1980 (Portaria MPAS nº 2079) e em 1982 (Portaria MPAS nº 2 837), o uso de instalações especiais voltou a ser regulamentado. Segundo Medici (1992), a primeira portaria determinava que "(...) as complementações pagas pelos usuários no uso das acomodações extraordinárias não poderiam ultrapassar o valor estipulado pela Associação Médica Brasileira (AMB) (...)". A situação permaneceu inalterada até dezembro de 1986, quando o MPAS liberou a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais. Com a desregulamentação, os honorários passaram a ser ajustados livremente entre médico e paciente. A prática foi definitivamente proibida a partir de 30 de outubro de 1991 (Portaria INAMPS nº 283/91). (VIANNA; PIOLA; OCKÉ-REIS, 1998, p17).

Segundo os mesmos autores, tais tentativas foram inviabilizadas no Sistema Único de Saúde pela Lei 8080/90, que estabelece a gratuidade das ações e serviços no SUS.

2.4 Integralidade enquanto conceito

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço (PINHEIRO, 2007). No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade, assim como os demais

princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em saúde (RAMOS, 2010).

Mattos (2009) sistematizou três conjuntos de significados para integralidade: integralidade como característica da boa medicina, integralidade como forma de organização da prática e integralidade como resposta do governo a um problema de saúde específico.

No primeiro conjunto de significados, o autor diz que a integralidade é um valor que vale a pena ser preservado, uma característica da boa medicina, e inclui uma resposta angustiante a um paciente que procura atendimento e cuidados médicos, e, portanto, não se reduz ao dispositivo ou seu sistema biológico, pois esta redução cria silenciamento.

No segundo conjunto de significados, a integralidade como forma de organização da prática requer um grau de horizontalização dos programas verticais previamente elaborados pelo Ministério da Saúde para superar a fragmentação das atividades dentro dos serviços de saúde. A interface entre necessidades planejadas e necessidades espontâneas passa pelo aproveitamento das oportunidades criadas por estas para a aplicação de protocolos diagnósticos e identificação de situações de risco à saúde, bem como para uma série de atividades coletivas com a comunidade.

Finalmente, o último conjunto de significados sobre o que significa integralidade que é especificamente projetada para abordar problemas de saúde específicos ou problemas de saúde que afigem grupos específicos de pessoas.

A integralidade, conforme definido por leis e instituições, é considerada um conjunto definido de ações e serviços de saúde, incluindo prevenção e tratamento, individual e coletivo, em cada caso, em um nível de complexidade sistêmica. Ao constituir comportamentos saudáveis na vivência cotidiana dos usuários dos serviços de cuidados de saúde, gera experiências de mudança de vida com práticas de saúde eficazes que vão além dos modelos idealizados para sua realização (RAMOS, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica com base no cenário econômico e social de Portugal, onde o uso das taxas moderadoras levanta questionamentos sobre o seu efeito dissuasor do consumo de cuidados desnecessários de saúde. Além de que, os grupos economicamente desfavorecidos, que tendem a utilizar mais frequentemente os serviços, tornam-se os principais pagadores. Então, este estudo pretende avaliar o impacto das taxas moderadoras na utilização de cuidados à saúde e discutir se elas são obstáculos para o acesso integral à saúde em Portugal.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar se as taxas moderadoras são obstáculos para o acesso integral à saúde em Portugal.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o Sistema de Saúde Português;
- Descrever como funcionam as taxas moderadoras em Portugal;
- Avaliar a evolução das taxas moderadoras ao longo do tempo em Portugal;
- Analisar a implementação da integralidade do acesso à saúde em Portugal.

5 METODOLOGIA

Para este estudo, optou-se pela revisão de literatura.

Segundo a UNESP (2015), a revisão de literatura é “o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos.”

As revisões de literatura podem ser de três tipos: revisões narrativas, revisões integrativas e revisões sistemáticas. Cada uma delas possui critérios de coleta e análise distintos (UNESP, 2015).

As revisões sistemáticas se preocupam em selecionar estudos experimentais (artigos originais) que depois são analisados criteriosamente. O levantamento das publicações é realizado em bases de dados de maneira planejada e controlada, e os resultados são selecionados e avaliados conforme os critérios pré-estabelecidos (ROTHER, 2007).

As revisões integrativas se preocupam em fornecer informações mais abrangentes sobre um tema. Podem ser utilizadas para revisar teorias, propor conceitos e identificar lacunas de pesquisa. A metodologia empregada na busca das fontes de referência deve ser especificada e o material analisado pode incluir tanto estudos originais como revisões teóricas e relatos de casos (SOUZA, 2010).

As revisões narrativas buscam descrever ou discutir o estado atual do tema pesquisado. Não precisam apresentar com detalhes as fontes consultadas ou a metodologia utilizada para buscar as fontes de referência. Os pesquisadores selecionam os trabalhos consultados de acordo com o ponto de vista teórico e o contexto do tema abordado (UNESP, 2015).

Este trabalho é uma revisão narrativa com abordagem qualitativa, ipo de estudo adequado para discutir o estado da arte sobre um determinado tema. Inclui uma extensa análise da literatura sem estabelecer uma abordagem rigorosa e reproduzível ao nível da replicação dos dados e respostas quantitativas a questões específicas, como explicam Vosgerau e Romanowsk (2014). No entanto, é fundamental adquirir e atualizar conhecimentos sobre um determinado tema, destacando novas ideias, métodos e subtemas mais ou menos valorizados na literatura selecionado (ELIAS *et al.*, 2012).

5.1 Plano de Levantamento de Dados

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados do Google Acadêmico e no Portal de Periódicos CAPES, e, dada a natureza da revisão, a escolha dos artigos se deu por conveniência e conteúdo.

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores do DeCS e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Portugal”, “Taxas moderadoras”, “Sistemas de Saúde” e “Integralidade em Saúde”, articular os descritores com o operador booleano (AND) ou (E). Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratem a temática referente à revisão narrativa, artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados, e que se adequem, por conveniência, à busca.

5.2 Plano de Análise dos Dados

A extração das informações de interesse em cada artigo, foi realizada a partir do seguinte roteiro:

Quadro 1: Relação das publicações que compuseram o estudo.

BLOCO	ROTEIRO DE EXTRAÇÃO
1. Características dos materiais analisados	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo (artigo, dissertação, livro) • Método utilizado • Ano de publicação
2. Argumentos ou ideias relacionadas às Taxas Moderadoras e a sua relação com a Integralidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traz alguma descrição do SNS Português? Qual? (O que o artigo traz sobre a organização do SNS Português?) 2. Discute o conceito de Taxas Moderadoras? 3. Descreve o funcionamento das Taxas Moderadoras? 4. Como as Taxas Moderadoras são inseridas na organização do sistema? 5. Discute a evolução das Taxas Moderadoras em Portugal? 6. Há um posicionamento crítico (positivo ou negativo) sobre as Taxas

	<p>Moderadoras?</p> <p>7. Discute o impacto das Taxas Moderadoras sobre o acesso aos serviços?</p>
--	--

Fonte: Autora, 2022.

5.3 Análise

A análise será construída a partir dos conteúdos extraídos dos textos em quatro tópicos, correspondentes aos objetivos específicos:

1. Descrição do sistema de saúde em Portugal;
2. Funcionamento das taxas moderadoras em Portugal;
3. Evolução das taxas moderadoras ao longo do tempo em Portugal;
4. Implementação da integralidade do acesso à saúde em Portugal.

6 RESULTADOS

Foram identificados 72 textos, do período de 1986 a 2019, para os resultados, foram utilizados 27 artigos, 1 livro, 1 dissertação e 1 tese. Em meio às publicações, observou-se que quase 70% são da área da saúde, logo essa análise perpassa por outras áreas, como por exemplo, a área do direito e da administração. Sendo a base de dados que mais apresentou resultados foi o Google Acadêmico.

6.1 Descrição do Sistema de Saúde Português

A primeira lei previdenciária de Portugal foi promulgada em 1946: os cuidados de saúde foram previstos para a população empregada e seus dependentes através do fundo social de segurança e doença, financiada por contribuições obrigatórias de empregados e empregadores. Após a revolução de 1974, o processo de atenção à saúde começou a reestruturar os serviços, culminando com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, um sistema universal financiado por impostos (SIMÕES, 2017).

Segundo Almeida (1999), a sua organização é descentralizada e liderada pelas Regiões de Saúde, criando ligações entre o nível local e o Ministério da Saúde. Em Portugal, existem cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro.

Existem também 18 sub-regiões, que correspondem às regiões do continente. Em cada Região de Saúde há uma Administração Regional de Saúde,

(...) dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e patrimônio próprio, tendo funções de planejamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (ALMEIDA, 1999, p 21).

Em cada região, os hospitais e centros de saúde asseguram a prestação de cuidados de saúde, visando superar a dicotomia entre atenção primária e atenção especializada. O que ocorre, na prática, é que os centros de saúde têm uma posição mais frágil em relação aos hospitais, em parte por sua falta de autonomia, além da recente regulamentação das carreiras dos médicos de clínica geral (seu primeiro

decreto data de 1982), responsável por realizar todas as atividades de saúde e/ou tarefas de doença na população, excluindo cuidados diferenciados. Embora em nível político, a atenção primária à saúde sempre foi vista como a base do sistema de saúde e, portanto, uma prioridade política (BAGANHA, 2002).

Segundo Sousa (2009), até o final da década de 1970, a assistência médica era de responsabilidade das famílias, instituições privadas e instituições de assistência social e, a partir de 1979, o Estado passou a ser responsável por resguardar o direito à proteção da saúde. Seguem-se os principais marcos da reforma do sistema de saúde português:

A reforma do sistema de saúde legislada em 1971 (conhecida como “Reforma Gonçalves Ferreira”), incluiu a criação dos “Centros de Saúde”, que foi concebida 7 anos depois, em Alma Ata, como "cuidados primários de saúde". Embora limitada na implementação, prepara o terreno para o futuro do SNS. A revolução democrática de 25 de abril de 1974 e a constituição de 1976 alteraram profundamente Portugal: novas políticas sociais; uma definição clara da intervenção do Estado na política, planejamento e implementação da saúde; e, no reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos, a intervir em face às assimetrias regionais e sociais (SOUZA, 2009).

A partir de 1979 portanto, Portugal passou a ter um Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado com o objetivo democrático de Universalidade, Generalidade e Gratuidade (BAPTISTA, 2019).

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, marcou o “nascimento” do sistema nacional de saúde, garantindo cuidados de saúde universais, integrais e gratuitos.

O SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais de saúde que funcionam sob a tutela do Ministro da Saúde (Estatuto do SNS 1993, DL 11/93). A Constituição da República Portuguesa assenta num sistema organizacional descentralizado. Com o tempo, no entanto, surgiu uma estrutura centralizada, dominada pela oferta pública da maioria dos cuidados primários e hospitalares (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Abreu (2012), em 1989 dá-se a promulgação da 2^a Revisão Constitucional que, no Artº. 64, nº2, alínea a), passa a definir que “O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral (...) **tendencialmente** gratuito”;

Em 1990, foi promulgada a Lei Básica de Saúde, resultando em um novo conceito de sistema de saúde que combina SNS, entidades privadas e profissionais autônomos.

Segundo Lapão (2019), a Lei Básica de Saúde (1990) define a atenção primária como serviços médicos de primeira linha, que incluem planejamento familiar, programas de saúde materno-infantil e gestão de doenças crônicas, doenças agudas simples e nos domicílios. E, o acesso aos cuidados de hospitalares começa a receber atendimento hospitalar por meio de encaminhamentos de atenção primária à saúde ou por meio de serviços de emergência hospitalar.

Os serviços de APS apresentam diferenças marcantes na tipologia, com diferentes definições das principais "portas" de entrada para os serviços de saúde; significado de continuidade do cuidado, especialmente para as condições crônicas; integralidade do processo familiar, coordenação, centralidade e orientação comunitária, que deve ser responsável por abordar as principais preocupações de saúde do usuário (LAPÃO, 2019).

Em 1993, foi promulgado o Regulamento do SNS (Decreto n.º 11/93 de 15 de janeiro), reforçando a separação entre o sistema de saúde e o Serviço Nacional de Saúde. Foram elaborados modelos de entregas de instituições e serviços do SNS a outras unidades administrativas e foram definidas regras para a elaboração de contratos de gestão (entrega da gestão a entidades privadas) e de convenção (no caso de se tratar de um grupo privado de médicos) (ALMEIDA, 2014).

Em 2003, a Entidade Reguladora Sanitária foi criada pelo Decreto n.º 309/2003 de 10 de dezembro. É o poder de fiscalização das atividades e operações das entidades prestadoras de cuidados de saúde, envolvendo as seguintes obrigações: cumprir as suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos usuários aos cuidados de saúde, ao cumprimento dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos usuários (ABREU, 2012).

Para Lapão (2019), para enfrentar este desafio universalmente acessível, o Ministério da Saúde português planejou uma reforma nacional da atenção primária a saúde entre 2005 e 2008. Podem ser identificadas três fases de desenvolvimento desta reforma, cada uma com a duração de cerca de cinco anos:

(a) Na primeira fase, a unidade de saúde familiar (USF) foi criada, a partir de 2005. A USF é uma unidade funcional multiprofissional (incluindo médicos, enfermeiros e administradores) com uma constituição voluntária e com autonomia

funcional e técnica destinada a prestar cuidados personalizados. Apareceu pela primeira vez em 2006. Em 2008, uma mudança estrutural unificou os 347 Centros de Saúde existentes (agrupando as USF e demais unidades funcionais de Atenção Primária a Saúde) existentes em 73 Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). O ACES cobre todo o país, cada um abrangendo uma população que varia de 50.000 a 250.000 usuários (geralmente abrangendo uma ou duas cidades) que serão atendidos em suas respectivas USFs.

(b) A partir de 2010, a crise econômica internacional de 2008, que atingiu fortemente Portugal, promoveu uma lenta alteração do modelo à medida que o processo de contratação de serviços foi sendo ajustado. Com o argumento de redução de custos, o Ministério da Saúde com a concordância das Administrações Regionais de Saúde (ARS) reduziram os ACES de 73 para 54.

(c) Na terceira fase, esse padrão continua acontecendo a partir de 2015, amadurecendo no contexto do fim da crise. Prevê-se que a cobertura USF de Portugal seja concluída condicionalmente. Entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018, foram adicionadas 83 novas USFs, representando 48,2% do período anterior.

Percebe-se, portanto, desde a década de 1970, os esforços contínuos para melhorar os serviços de saúde e saneamento podem ser claramente identificados. Em grande medida, esses esforços incluem o aumento do financiamento da saúde, a expansão dos serviços de saúde – tanto em termos de instalações quanto na adoção de novas tecnologias médicas e de informação – para melhorar o acesso a medicamentos e esforços contínuos para melhorar a gestão organizacional e do SNS. No entanto, as reformas bem-intencionadas muitas vezes não são totalmente implementadas devido a restrições de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política (SOUSA, 2009).

Segundo a Lei de Bases da Saúde, “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. A cobertura é então definida como universal em termos da população. Concretamente, os beneficiários são: todos os cidadãos portugueses, nacionais de Estados membros da Comunidade Europeia em conformidade com as regras comunitárias aplicáveis, cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (sujeito a reciprocidade) e cidadãos apátridas residentes em Portugal. Neste sentido, a cobertura de saúde é maioritariamente assegurada pelo SNS, mas para além disso, os cidadãos portugueses podem beneficiar demais

categorias de seguros. Surgem “Os subsistemas de saúde, entidades de natureza pública, que, por lei, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou comparticipam financeiramente nos correspondentes encargos” (LOPES, 2016, p.15).

Assim, podemos constatar que o sistema de saúde português tem, na realidade, um carácter misto, com uma forte presença do sistema público (SNS), mas com mais de 1/5 da população a recorrer, em grande medida, ao sistema privado e social. Donde, o sistema de saúde português é caracterizado por três sistemas coexistentes e sobrepostos: o SNS universal; regimes especiais de seguro de saúde para determinadas profissões ou setores (por exemplo, funcionários públicos, empregados em bancos e companhias de seguros), denominados subsistemas de saúde; e seguro de saúde voluntário privado (PEREIRA, 2019, p. 51).

Ainda segundo Lopes (2016), entende-se que que estes subsistemas se devem ao fato de o SNS se apresentar como “prestador” e “financiador” dos cuidados de saúde aos usuários, mas para além dos seus próprios serviços:

o Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso (LOPES, 2016, p. 15).

Em suma, ao descrever a relevância dos subsistemas existentes, embora com um enfoque diferente, verifica-se que a ideia subjacente é gerar maior e mais fácil acesso aos cuidados de saúde e corrigir algumas das lacunas criadas pela incapacidade de financiamento do SNS. Não obstante, importa recordar que o Estado é o principal financiador do SNS, pelo que a sua sustentabilidade assenta no normal financiamento através da tributação, revisão dos critérios de isenção de taxas de utilização e separação dos subsistemas de saúde do orçamento, sem afetar a conta pública. O custo crescente do SNS exige medidas para garantir a sua sustentabilidade sem comprometer a oferta global de cuidados de saúde futuros (LOPES, 2016).

Cerca de um quarto da população de Portugal é “utente do SNS e além disso se beneficia de coberturas de saúde adicionais através de subsistemas assegurados por alguns empregadores e seguros de saúde privados voluntários” (MOREIRA, 2009, p. 205).

Em 2009, cerca de 16 a 25% da população portuguesa se beneficiaram de seguro de saúde através de subsistemas públicos e privados, quer através do seu próprio emprego, quer indiretamente, como através de outros familiares (LOPES, 2016).

O Ministério da Saúde português é composto por várias agências: algumas são geridas diretamente pelo governo; algumas estão integradas na gestão indireta do governo; algumas têm o estatuto de empresa pública; e uma Agência Reguladora da Saúde (HRA) formalmente independente do Ministério da Saúde (criada pelo Decreto-Lei nº 9/2016, de 23 de agosto de 2016) (SIMÕES, 2017).

Segundo Simões (2017), alguns dos serviços geridos diretamente pelo governo incluem: Secretaria Geral do Ministério da Saúde, que presta apoio técnico e administrativo a outras seções do Ministério da Saúde, independentes do Ministério da Saúde; o setor da Inspeção Geral das Atividades em Saúde, que exerce funções de auditoria, fiscalização e disciplina no setor da saúde no SNS e no setor privado; a Direção Geral da Saúde que é responsável pela saúde pública, programas de qualidade e vigilância, estudos e estatísticas de saúde.

Em Portugal, o sistema público de saúde pode estar ligado ao sistema privado de saúde. Nesse caso, as cotas de cobertura regional podem ser reservadas para planos especiais. Sob certas circunstâncias, os médicos profissionais liberais podem ver pacientes particulares em estabelecimentos públicos. As administrações regionais de saúde podem contratar médicos independentes e empresas privadas que não trabalham com o SNS para prestar cuidados aos seus usuários. As instituições e serviços de saúde devem ser fiscalizados pelo Estado português para garantir a sua qualidade e as instituições de saúde privadas devem ser autorizadas e fiscalizadas. O Ministério da Saúde português estabelece diretrizes de qualidade sem prejuízo das funções definidas por lei para a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos. Além de que, deve-se estabelecer um sistema de avaliação periódica para a revisão da qualidade médica e administrativa (ARAUJO, 2017).

Desde 2016, a informatização do SNS foi aprimorada para trazer os cidadãos para o centro do sistema. Dessa forma, os pacientes podem se envolver mais ativamente na gestão de sua própria saúde, pois há mais informações e interação mais rápida com o sistema (MATOS, 2018).

6.2 Funcionamento das taxas moderadoras em Portugal

Em resposta ao aumento das despesas de saúde, nas últimas décadas muitos países da União Europeia introduziram formas de copagamento com o duplo

objetivo de aumentar as receitas (cofinanciamento direto) e reduzir o uso excessivo de serviços (taxas moderadoras) no setor da saúde (SERAPONINI, 2012).

Pereira (1991) define copagamento como um percentual ou parcela fixa do custo total de um determinado serviço de saúde pago pelo usuário, sendo as taxas moderadoras um dos exemplos mais comuns. A lógica de copagamento prevê que cada serviço deve ser parcialmente suportado pelos consumidores.

As taxas moderadoras são uma forma de copagamento que visa "moderar" os padrões de consumo de serviços, aumentando assim a eficiência dos sistemas de saúde, racionalizando recursos e controlando os gastos. Portanto, não pretendem aumentar sua renda porque contribuem muito pouco para a renda do sistema de saúde, mas sim, evitar que os usuários abusem do consumo, aumentando a disponibilidade de serviços médicos para quem realmente precisa (SANTOS, 2014). A questão é ressaltada por Quintal, Tavares e Lourenço (2016, p156): "Efetivamente, em termos relativos, as TM não constituem uma fonte de financiamento relevante, sendo o seu peso no total das receitas do SNS pouco acima de 1%".

Seguindo a mesma lógica, mas agora olhando para as famílias, Abrantes *et al.* (2019, p456) afirmam o baixo impacto das taxas moderadoras e que o real gasto das famílias seria com a compra no setor privado, e comentam: "Muito se fala das 'taxas moderadoras' pagas pelos doentes quando utilizam o SNS, mas a sua contribuição para os gastos das famílias é relativamente baixa, porque mais de metade da população está isenta e porque os valores são, quase sempre, baixos."

Segundo Abreu (2012), as taxas moderadoras foram introduzidas no SNS português em 1980 pelo Despacho n.º 57/80 de 29 de dezembro. O diploma limita-se à atualização das taxas previamente definidas em 1971 no âmbito dos ex-serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência (SMS), para os serviços de aconselhamento e visita domiciliária e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Mais tarde, em 1986, foi aprovado o Decreto n.º 57/86, de 20 de março, que delineou o regime jurídico da cobrança de taxas de utilização no SNS, defendendo o legislador ao dizer: "tais taxas têm por fim racionalizar a procura de cuidados de saúde...tendendo a evitar a sua utilização para além do razoável." (PORTUGAL, 1986).

O objetivo major da introdução de TM é a redução do desperdício, visando racionalizar a utilização, ou seja, pretende ser uma forma de garantir que os recursos são utilizados de uma forma racional e que os benefícios decorrentes da

utilização superam os custos associados a essa utilização ou a esse consumo de recursos. Pretende-se assim que o cidadão pondere a utilização de um serviço com base no custo-benefício numa perspectiva da sociedade. Contudo, não se pode esquecer que se trata de algo muito subjetivo pois cada indivíduo percepciona o seu estado de saúde de uma forma única, dois estados de saúde idênticos ou dois indivíduos com a mesma doença valorizam diferentemente o seu estado de saúde (TAVARES, 2014).

Segundo a autora, as TM, enquanto pagamento no local de consumo, foram introduzidas com o intuito de combater três aspectos no serviço de saúde: melhorar a eficiência, moderando a procura, promover a contenção de custos, e mobilizar mais fundos para os cuidados de saúde.

Até maio de 2022, e segundo a Portaria n.º 395-A/200776, as taxas moderadoras eram cobradas na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, em qualquer consulta médica, na admissão ao serviço de urgência e na admissão para cirurgia de ambulatório. O pagamento da taxa moderadora em cirurgia de ambulatório seria devido à intervenção cirúrgica

Entre os argumentos a favor, destacam-se os efeitos dissuasores do consumo de cuidados desnecessários e corporação de uma nova fonte de receita. Em vez disso, dizem os críticos, a taxa não afeta o uso do serviço e constitui um verdadeiro pagamento por benefícios de saúde que os cidadãos já pagam com seus impostos. Além disso, a cirurgia ou hospitalização é considerada resultado de uma decisão médica, razão pela qual os pacientes devem ser isentos de pagamento (ABREU, 2012).

Um outro argumento a favor das taxas moderadoras, segundo Abreu (2012), são que elas são fáceis de implementar e entender. No que se refere às isenções de taxas moderadoras, muitas das categorias de isenções que existem atualmente não contemplam a inadequação de recursos financeiros do usuário para acessar os cuidados de saúde, nem a cronicidade de suas condições de saúde, não tendo, portanto, base constitucional para apoiá-las. Por outro lado, avaliar a oportunidade ou necessidade de incluir determinadas doenças crônicas no âmbito das categorias isentas é uma questão de política de saúde, e o alcance da Constituição é amplo o suficiente para acomodar tais listas em maior ou menor grau.

Ainda segundo Abreu (2012), embora a lei preveja um amplo sistema de isenções, as taxas moderadoras podem levar à desigualdade. E, estas podem fazer

com que os indivíduos mudem ou não mudem seu comportamento na busca por cuidados de saúde.

Barros (2009) também observou que existe uma relação entre “menor rendimento” e “pior estado de saúde”, de modo que os indivíduos de menor renda pagam pelo uso com mais frequência porque precisam recorrer mais aos serviços de saúde. Além de a distribuição da doença ser mais desfavorável para grupos de menor renda, esses são grupos que têm menor probabilidade de pagar taxas de uso e precisam de mais cuidados.

Apontando a correlação entre “menor rendimento” e “pior estado de saúde” na literatura, parece haver uma preferência por grupos economicamente desfavorecidos que utilizam mais os serviços como os principais pagadores. Dito isso, apesar de existirem isenções, são eles que mais ressentem em pagar, o que muitas vezes significa menos recursos às consultas e um consequente aumento da desigualdade. E, destaca-se que as taxas moderadoras agravam o caráter regressivo do modelo de financiamento português, que já apresenta uma das maiores proporções de despesa privada em saúde face a outros países da União Europeia (DIAS, 2012).

6.3 Evolução das taxas moderadoras ao longo do tempo em Portugal

Em Portugal, a história das taxas moderadoras começou no final dos anos 70 com a criação do SNS, que regulamentou a existência de taxas moderadoras. Posteriormente, surgiu legislação para manter a possibilidade de TM, nomeadamente a Lei do Saneamento Básico (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto), que até 1992 foram efetivamente promulgadas pelo Decreto n.º 54/92 de 11 de abril, que estabelece as taxas moderadoras pagas por utilizadores do SNS para assistência na obtenção de diagnóstico e tratamento, prestação de cuidados médicos em consultas e prestação de cuidados médicos em serviços de urgência em hospitais e centros de saúde (TAVARES, 2014).

Ainda segundo Tavares (2014), o documento afirma que a faturação arrecadada com o pagamento parcial de procedimentos médicos constituirá uma arrecadação do SNS que ajudará a melhorar a eficiência e a qualidade para todos, mas principalmente para os mais vulneráveis. Este diploma dá ênfase aos princípios da justiça social, que determinam o aumento dos rendimentos e com um melhor estado de saúde paguem por alguns dos cuidados de saúde de que eles se

beneficiam quando estão com a saúde melhor, para que aqueles que mais precisam não precisem pagar nada. A lei também define isenções. No contexto dessa moderação na demanda, a intenção foi revertida quando a presença de taxas moderadoras foi prescrita em 2006 no cenário da cirurgia hospitalar e ambulatorial. Essas taxas, obviamente, em nada regulam a demanda, pois não se baseiam na escolha do usuário, mas nas decisões dos profissionais de saúde. Em 2009, a presença destas taxas moderadoras foi retirada pelo Decreto n.º 322/2009 de 14 de dezembro.

Em Portugal, como na maioria dos países desenvolvidos, a despesa total em saúde em percentagem do produto interno bruto (PIB) e *per capita* tem aumentado gradualmente, resultando num nível relativamente elevado de recursos financeiros dedicados aos cuidados de saúde (FONTINHA, 2013). Em resposta à situação econômica desfavorável, a partir da crise de 2008, foram implementadas várias medidas para reduzir a despesa pública e aumentar a eficiência para criar um equilíbrio de longo prazo (SANTOS, 2012).

Em 2011, devido à grave crise financeira, Portugal viu-se obrigado a solicitar ajuda externa e assinou um memorando de entendimento sobre medidas destinadas a melhorar a sustentabilidade do país. Essas medidas provocaram profundas mudanças socioeconómicas, como aumento do desemprego, redução do poder aquisitivo, redução da renda disponível e do fluxo de emigração dos jovens. (SANTOS, 2014). O memorando previa que até o último trimestre de 2011, as taxas moderadoras aumentassem e as isenções praticamente desaparecessem. A criação de um modelo autossustentável de benefícios à saúde dos servidores públicos também parece ser uma meta (TERRA, 2019).

Ainda segundo Terra (2019), as cobranças para usuários de SNS aumentaram à medida que as taxas moderadoras aumentaram. Assim, mais concretamente, há: aumento das taxas de determinadas vacinas, de 1 euro para taxas de 50 a 100 euros; declaração médica de incapacidade para 50 euros e recurso médico para 100 euros. Essas medidas significam que, se os cidadãos com deficiência quiserem receber benefícios sociais e fiscais, devem pagar mais do que antes, com os mais vulneráveis novamente enfrentando maior vulnerabilidade.

Segundo Santos (2012), dada a importância do setor da saúde e o seu peso relativo nas despesas correntes, as medidas tomadas passaram inevitavelmente pelo setor. Isso inclui a atualização das taxas moderadoras e a revisão das

categorias de isenção para melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde por meio do uso racional dos serviços e do controle dos gastos.

Para Simões (2008), “o que de fato aconteceu foi que a gratuidade do SNS deixou de funcionar, transformando-se as taxas moderadoras em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde”.

Sousa (2009) defende que, em Portugal, as medidas de responsabilidade pessoal estão cada vez mais a ser incorporadas no financiamento direto da saúde, o que é razoável para alguns desde que proteja os interesses dos usuários dos serviços de saúde; mas para outros, com o atual funcionamento do sistema de saúde português, poderia constituir uma barreira perigosa à utilização dos serviços de saúde por parte dos necessitados, “punindo” ou “culpando” os doentes, sobretudo em tempos difíceis.

Castro e Rosa (2018) relacionam as mudanças nos valores das taxas moderadoras aos acordos com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), após a crise econômica de 2008, sob argumento de tornar o SNS mais sustentável, ainda que mantendo o limite das taxas em até um terço dos valores dos procedimentos no SNS (CASTRO, ROSA, 2018).

As discordâncias relacionadas às taxas moderadoras são expressas em estudos e em movimentos pela sua extinção no SNS. O estudo de Barbosa (2021), por exemplo, relaciona a não procura por serviços de saúde aos custos das taxas moderadoras:

Baixos níveis socioeconómicos estão associados, de um modo geral, a uma maior prevalência de problemas sociais e a um maior recurso aos cuidados de saúde primários, por isso, seria expectável uma maior representatividade das classes socioeconómicas mais desfavorecidas. Esta discrepância pode estar associada ao preço de acesso aos serviços de saúde, houve de facto aumento do valor das “taxas moderadoras”, custo de deslocação a Unidades prestadoras de cuidados de saúde e falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos ou realização de exames diagnósticos. (...) Este estudo permitiu demonstrar que os anos socioeconómicalemente mais desfavorecidos (2013 e 2016) estiveram associados a uma menor frequência de consultas (BARBOSA, 2021, p. 14-15).

Ao contrário do que tem acontecido em países geograficamente mais próximos de Portugal, as despesas de saúde pagas pelos cidadãos continuam a aumentar e a trazer um valor cada vez mais exorbitante para as famílias, mesmo após uma recente alteração na isenção de taxas moderadoras, sendo dos países da União Europeia que possui uma das mais baixas despesas por habitante (FERREIRA, 2015).

Considerando a aprovação da Nova Lei de Bases da Saúde de Portugal, em 2019, que previa a abolição da TM nos cuidados primários, em maio de 2022, o governo português, também atendendo a compromissos do Plano de Governo, aprovou um Decreto-lei que alterou o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde (SNS), prevendo a extinção da cobrança de taxas moderadoras em todos os serviços do SNS, mantendo-se apenas em serviço de atendimento de urgência hospitalar, exceto quando exista referênciação prévia pelo SNS ou admissão a internamento através da urgência. Ou seja, o instituto da Taxa Moderadora ainda não foi abolido:

Na conferência de imprensa após o Conselho de Ministros, a Ministra da Saúde, Marta Temido, afirmou que «no contexto da nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2019, tem vindo a ser realizado um processo de progressivo alargamento das situações de dispensa do pagamento de taxas moderadoras com o objetivo de garantir que as mesmas apenas sejam aplicadas para dois objetivos: orientar os fluxos de utentes na utilização do SNS» e «manter aquilo que se designa como controlo do risco moral, ou seja, da utilização indevida de serviços que, pela sua gratuitidade, podem suscitar essa apetência (PORTUGAL, sem paginação, 2022).

Importante observar que a ministra da saúde, em sua fala de anúncio da redução das Taxas Moderadoras, declara ser esta uma importante etapa do esforço na redução de obstáculos ao acesso a serviços de saúde (PORTUGAL, 2022).

6.4 Implementação da integralidade do acesso à saúde em Portugal.

A integralidade concentra-se em diversos conceitos e significados, porém, baseia-se na qualidade da assistência prestada ao usuário, envolvendo questões de cuidado, acolhimento, ampliação de horizontes etc. A integralidade é conhecida por ter importantes implicações na política de saúde como uma das principais diretrizes para a reforma do Sistema de Saúde brasileiro. Os profissionais devem, portanto, refletir sobre o alcance e os limites da integralidade e a necessidade de efetivar esse princípio no cotidiano do serviço como tarefa essencial para a saúde coletiva e para a eficiência e efetividade de um sistema de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) (FONTOURA, 2006). Na constituição de 1988, a integralidade aparece como o princípio norteador da organização do SUS, juntamente com a descentralização e o engajamento comunitário (PAIM, 2010). Essa diretriz visa orientar a atenção à saúde de qualidade no âmbito de atuação do serviço público e de seus profissionais, considerando múltiplas dimensões e levando em conta a complexidade dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como os riscos da vida moderna.

Assim, espera-se que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e multidimensional da saúde individual e coletiva (TESSER, 2008).

Observa-se que Portugal e Brasil, apesar de serem histórica e culturalmente semelhantes, apresentam muitas diferenças geográficas que têm grande impacto no sistema de saúde geral (considerando que a saúde depende de vários determinantes). Em geral, os países europeus têm melhores condições sociais do que os países sul-americanos (ARAUJO, 2017).

Nessa perspectiva, podemos dizer que as políticas de saúde construídas sobre parâmetros de integralidade permitem que os pacientes com doença recebam as ações assistenciais de que necessitam e os pacientes não portadores de doenças também se beneficiem de ações preventivas. Pode-se ver que o princípio da integralidade só pode ser alcançado pela observação cuidadosa, isso possibilita compreender a necessidade de ação levando em conta a contextualização. Do ponto de vista desse princípio, não podemos reduzir o sujeito à doença que lhe causa sofrimento, mas buscar focalizar a mente do sujeito como um todo (FONTOURA, 2006).

Na prática, a primeira dimensão da integralidade é expressa com precisão como a capacidade do profissional de lidar com o sofrimento aparente, que resulta em uma necessidade espontânea, expressa de forma relacionada a medidas ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir um processo rotineiro ou sistemático de encontrar essas necessidades mais silenciosas em seu dia a dia de trabalho, por estarem menos ligadas às experiências dolorosas do indivíduo. Em termos de serviços, trata-se de criar mecanismos e adotar processos coletivos de trabalho que, além das ações solicitadas pela própria população, possam propor ações voltadas à prevenção a partir de experiências traumáticas individuais. (MATTOS, 2009).

Sabe-se que para alcançar a integralidade é essencial que os profissionais busquem incorporar uma abordagem integral em sua prática no dia a dia de trabalho. Isso envolve utilizar o conceito mais amplo de bem-estar, com a ideia de equipe, à medida que o conceito de cuidado se expande, colocando as necessidades do usuário no centro do pensamento e da produção do cuidado (FONTOURA, 2006).

Um sistema integral permite a integração de política, planejamento, prática e cuidados. A natureza sistêmica e integral desse conjunto de intervenções ajudará a

garantir maior eficácia, pois atua em manifestações fenomenais (nós críticos e acumulações), bem como regras básicas (PAIM, 2010).

7 DISCUSSÃO

O direito à saúde hoje é uma verdadeira conquista da civilização. Em Portugal, o Estado Providência estabeleceu um sistema de seguro universal, geral e gratuito. No entanto, dado que esse tipo de copagamento parece ser inconstitucional, o surgimento das taxas moderadoras provocou uma divergência constitucional. Assim, o artigo 64.º da Constituição portuguesa de 1989, que afirma que o SNS é “geral, universal e gratuito”, passa a definir o SNS como “geral, universal e tendencialmente gratuito” (PEREIRA, 1991).

Como já referido ao longo do trabalho, as taxas moderadoras fazem parte de um conjunto claro de medidas tomadas na Europa para controlar os custos no setor da saúde. Este instrumento financeiro, considerado como “moderador, racionalizador e regulador” (Decreto n.º 173/2003) da procura, tem registado um crescimento contínuo ao longo dos últimos anos. Expandindo-se e afetando serviços como o internamento e a cirurgia ambulatório (ABREU, 2012).

A existência de taxas moderadoras é uma polémica real. Embora tenhamos encontrado textos que relatam pouco peso às TM, em função da baixa captação de receita e do baixo custo para as famílias, a questão das TM está nos relatórios de queixas dos usuários/utentes portugueses (PORTUGAL, 2006) e é citada nos debates quanto à natureza do sistema:

A gratuitidade significa rigorosamente que as prestações de saúde não são sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra. Coisa diferente é saber se o acesso aos serviços públicos de saúde pode implicar o pagamento de qualquer taxa (v. g. «as taxas moderadoras»), sendo a resposta seguramente negativa se, pelo seu montante ou por abranger as pessoas sem recursos, dificultar a utilização desses serviços (VIEGAS; FRADA; MIGUEL, 2006, p. 40).

Também é polémico o fato de as taxas serem utilizadas durante período de crise como mecanismo de redução de custos para o SNS e não para as famílias. Hespanha (2017) relata como as Taxas Moderadoras compuseram os termos dos compromissos de Portugal com a Comissão Europeia, FMI e Banco Central Europeu (BCE), a chamada “Troika”, em função de financiamentos para a administração da crise econômica pós 2008: A redução das isenções das taxas moderadoras, a duplicação do montante dessas taxas e a extensão das taxas moderadoras um maior número de serviços, o que, para o autor, diante do cenário de redução de profissionais e serviços, colaborou para prejudicar os mais pobres. E continua:

Essa revisão do regime de taxas moderadoras veio levantar várias questões: a) a da inequidade da duplicação do montante das taxas quando se instalava uma grave crise econômica e social; b) a da lógica assistencialista e do risco de estigmatização que estão por trás da limitação do acesso a isenções da taxa moderadora apenas a quem comprovadamente não tem recursos; c) a dos custos muito elevados de instituição de um sistema de controle dos pedidos de isenção de taxas; d) a do impacto reduzido no orçamento da saúde exercido pelo aumento das taxas moderadoras; e e) a do facto de as taxas moderadoras incidirem sobre a prestação de serviços de saúde não escolhidos pelos usuários, mas, sim, prescritos pelos médicos (HESPAÑHA, 2017, p. 103).

Não foi apenas Portugal que utilizou esta estratégia durante os desdobramentos da crise de 2008. Giovanella e Stegmüller (2014), em estudo sobre os efeitos da crise sobre o setor saúde na Europa, identificaram que a Espanha também aderiu aos termos da troika na ampliação dos valores e extensão dos copagamentos, já a Alemanha, em resposta à pressão social, reduziu copagamentos como estratégia de enfrentamento da crise.

Ora, se há pressão contra os copagamentos é porque a população se sente prejudicada pelos copagamentos. Quintal, Tavares e Lourenço (2016), em seu estudo sobre a aplicação de TM para serviços pediátricos, identificou que, embora na hierarquia de obstáculos ao acesso as taxas moderadoras não fossem postas como mais importantes, ficando em quarto lugar, depois do “tempo de espera”, “distância da unidade de saúde”, e “hora da ocorrência”, a maioria dos pais (89,1%) vê as taxas moderadoras como barreira de acesso para muitas pessoas. E concluem os autores:

“(...) é importante salientar que, apesar de não se ter encontrado evidência de um impacto significativo das TM sobre a utilização de cuidados, a existência de taxas é suscetível de gerar iniquidades ao nível do financiamento, onerando mais quem tem menos rendimentos” (p.161).

Devido a diversos fatores exógenos, principalmente fatores demográficos e socioeconômicos, a demanda da população por cuidados de saúde vem aumentando gradativamente. No passado, a incapacidade do setor público de fornecer as respostas necessárias criou oportunidades para a entrada privada, que em um estágio inicial complementava as ferramentas de diagnóstico e tratamento na forma de convenções. Atualmente, as empresas privadas desempenham um papel maior e atuam em todas as áreas da saúde, complementando e até mesmo concorrendo com os prestadores públicos (EIRA, 2011).

8 COMENTÁRIOS FINAIS

Os sistemas de saúde como um todo sofrem crises para obter os recursos necessários para pagar por seus serviços, e o setor que mais sofre é a saúde pública.

As taxas moderadoras correspondem pagamentos feitos pelo consumidor no momento da utilização e tem por finalidade, teoricamente, moderar a procura e reduzir o consumo excessivo de cuidados. No entanto, com a introdução de um sistema de repartição, isso pode se tornar uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde. Garantir esse acesso é importante para toda a população.

Nesse contexto, as taxas moderadoras podem ser um obstáculo para a obtenção de cuidados de saúde eficazes e necessários e ferem o princípio fundamental da garantia do direito e a igualdade de acesso para a população.

Em Portugal, as taxas moderadoras foram radicalmente reduzidas, mas não abolidas. Logo, levanta-se a possibilidade das taxas moderadoras de continuarem sendo utilizadas no futuro como estratégia de contenção de uso. A partir dessas falas, surge a seguinte questão: Como um sistema universal que se propõe um sistema universal e que é um sistema hierarquizado em três níveis de atenção se coloca com estratégia de contenção de uso?

Visto que o primeiro nível de atenção primária, porta de entrada, é a porta que faz essa regulação. Porque cabe à atenção primária modular qual é a demanda do usuário. A atenção primária vai acompanhar, coordenar o cuidado com aquele usuário e ordenar a rede. Ou seja, distinguir o quê que a rede vai produzir a partir dali. Então, cabe ao primeiro nível de atenção fazer essa modulação e não a cobrança financeira. Ao mesmo tempo, temos uma mudança do próprio caráter do cuidado. Na hora que se coloca recursos/pagamento no meio dos cuidados de saúde, agride um princípio fundamental de que a saúde é um direito humano. Um direito humano básico, fundamental e universal.

Então, como é que eu estou cobrando e que só quem tem dinheiro para pagar é que vai ter acesso? Portanto, os copagamentos ou taxas moderadoras além de criarem uma barreira de acesso, também ferem o princípio fundamental da garantia do direito.

Nesse contexto, torna-se relevante reavaliar os fatores que influenciam o acesso do paciente aos cuidados de saúde, e o valor das taxas moderadoras pode

se tornar um parâmetro que pode dificultar esse acesso, principalmente no nível de atenção primária e principalmente, entre os indivíduos de baixo nível socioeconômico.

Como já mencionado neste trabalho, as taxas moderadoras foram drasticamente reduzidas, mas não abolidas. Isso significa que em um futuro próximo, elas podem voltar a crescer, como é comum na Europa. As taxas moderadoras ou copagamentos sobem ou descem, crescem ou diminuem de acordo com a conjuntura. Então, apesar do fato de a conjuntura atual ter permitido a redução drástica, o copagamento não foi abolido. O que caberia como compromisso de o governo atual ter abolido. Ter abolido por adotar o princípio da universalidade e da gratuidade do sistema de saúde para todos.

Por ser uma barreira de acesso e ferir a integralidade, ao mesmo tempo, fere a equidade. Torna o sistema não equitativo porque uma parcela da população vai ter mais obstáculos de acesso do que a outra parcela da população que pode pagar. Portanto, essa parcela economicamente vulnerável foge da busca por serviços de saúde para reduzir os custos familiares.

É necessária mais investigação para avaliar o impacto destes copagamentos no comportamento do consumidor em Portugal para que futuras medidas de racionalização não ponham em causa os valores de equidade e justiça que sustentam o SNS.

Na realização deste estudo, a principal dificuldade foi a falta de artigos científicos recentes sobre a utilização de taxas moderadoras em Portugal e sobre a integralidade em Portugal.

Há uma grande carência de materiais sobre o assunto e suas relações com o Brasil, suas informações ainda não estão distribuídas em nosso país. A falta de material é ainda maior no caso de materiais de integralidade, que dominam a escassa sistematização de informações a esse respeito.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Alexandre *et al.* **Capítulo 9: Portugal.** In: VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José Mendes. Sistemas Híbridos. Rio de Janeiro: CEBES, 2019.
- ABREU, Mafalda de Castro *et al.* **Taxas moderadoras e a racionalização da procura de cuidados de saúde.** 2012. Tese (Doutorado) - Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2012.
- ALMEIDA, Cláudia Patrícia de Sousa. **A importância do Setor Convencionado das Análises Clínicas no SNS.** 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014.
- ALMEIDA, Hélder. A unidade funcional de saúde: impacto nos barómetros do sistema de saúde português. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. XXVI Curso de Administração hospitalar 1996-1998.
- ARAUJO, Gustavo Bacelar Fontenele *et al.* Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobal, v. 16, n. 2, p.14-21, 2017.
- BAGANHA, Maria Ioannis; RIBEIRO, Joana Sousa; PIRES, Sónia. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. **Oficina do CES**, Coimbra, v. 182, p. 1-33, 2002.
- BAPTISTA, Filipa Lourenço. **A realidade portuguesa dos seguros de saúde.** 2019. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2019.
- BARBOSA, Sara Maria Martingo *et al.* **Dinâmica entre os problemas sociais e o nível socioeconómico nos anos de 2010, 2013, 2016 e 2019, na região centro de Portugal.** 2021. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2021.
- BARROS, P. P. **Economia da Saúde:** Conceitos e Comportamentos. 2. ed. Coimbra: Almedina, 2009.
- BARROS, Pedro Pita. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. **Health policy**, Lisboa, v. 106, n. 1, p. 17-22, 2012.
- BELLINI, Irene. **Il sistema sanitario tedesco.** [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/il-sistema-sanitario-tedesco/>. Acesso em: 24 fev. 2022.
- BISPO JUNIOR, José Patrício.; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev. Saúde.Com.**, Fortaleza, v.1, n.1, p. 79-89, 2005.

BURAU Viola, BLANK Robert H. Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. **J Comp Pol Anal.**, England, v. 8, n. 1, p. 63-76, 2006.

CASTRO, Yuran Quintão; ROSA, Waleska Marcy. O direito à saúde em Portugal no período da crise. **Revista da Faculdade de Direito**, Porto Alegre, v. 1, n. 39, 2018.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 591-659.

DIAS, João Paulo. Taxa Tobin. **Dicionário das crises e das alternativas**. Coimbra: Almedina, 2012.

EIRA, Ana de Almeida. **A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados**. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto: Porto, 2011.

ELIAS, Claudia de Souza Rodrigues *et al.* Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.

FERREIRA, Pedro Lopes. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?. **Nascer E Crescer-Birth And Growth Medical Journal**, Lisboa, v. 24, n. 4, p. 147-148, 2015.

FIORENTINO, Giovanni *et al.* Tendências do setor de saúde no Brasil. **Bain & Company**, São Paulo, 2016.

FONTINHA, Sónia Isabel Ramos. **O impacto do aumento das taxas moderadoras no serviço de gastroenterologia do Centro Hospital do Algarve, EPE-Hospital de Faro**. 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade do Algarve, Algarve, 2013.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santo Ângelo, RS, v. 59, p. 532-536, 2006.

FRENK, Julio. Dimensions of health system reform. **Health policy**, Mexico City, v. 27, n. 1, p. 19-34, 1994.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1763–1776, 2018.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha,

Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov. 2014.

GRABKA, Markus M.; SCHREYOGG, Jonas.; BUSSE, Reinhard. The impact of co-payments on patient behaviour: evidence from a natural experiment. **Med Klin**, Munich, Germany, v.15, n. 6, p. 476-483, jun. 2006.

HESPANHA, Pedro. As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. *In: PAIM, Jairnilson; STRALEN, Cornelis Johannes van; HEMERIJCK, Anton; VYDRA, Simon; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; POCHMANN, Marcio; LAVINAS, Lena; REIS, Carlos Octávio Ocké; THEODORO, Mário. **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa**: convergências e divergências.* São Paulo: Editora Hucitec, 2017. p. 81-110.

HJERTQVIST, Johan. User Fees For Health Care In Sweden. **Atlantic Institute for Market Studies Health Commentary**, Canada, n. 6, p. 1-4, 2002.

HOLST, Jens. Planeamento de saúde na Alemanha. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Alemanha, v. 16, p. 29-36, 2017.

KRUTILOVA, Veronika. Impact of user fees in health care system on health care consumption. **Review of Economic Perspectives**, Lipová, Czech Republic, v. 10, n. 4, p. 113, 2010.

LAPÃO, Luís Velez; PISCO, Luís. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Lisboa, v. 35, p. e00042418, 2019.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In: GIOVANELLA, Ligia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LOPES, Rita Albergaria Oliveira Vaz. **Os Seguros de Saúde em Portugal: Que evolução?**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2016.

LUCAS, J. Santos. Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 8, n. 1., p. 13-17, 1990.

MATOS, Andreia Afonso; NUNES, Alexandre Moraes. Tecnologias da informação e comunicação no sistema de saúde português. **Journal of Health Informatics**, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 30-34, 2018.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 771-780, 2009.

MEDICI, André Cezar. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MIGUEL, José Pereira; BUGALHO, Margarida. Economia da saúde: novos modelos. **Análise social**, Lisboa, p. 51-75, 2003.

MOREIRA, Sara; BARROS, Pedro Pita. O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde. **Boletim Econômico Banco de Portugal**, Lisboa, p. 205-227, out. 2009.

OLIVEIRA, Mónica Duarte; PINTO, Carlos Gouveia. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. **Health Economics**, Portugal, v. 14, n. S1, p. S203-S220, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, Bahia, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAULY, Mark V. Medicare drug coverage and moral hazard. **Health Affairs**, United States, v. 23, n. 1, p. 113-122, 2004.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. Uma Lei de Bases da Saúde para os anos 2020. **Revista Eletrônica de Direito Público**, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 48-61, abr. 2019.

PEREIRA, José.; GERALDES, Maria do Rosário.; CAMPOS, Antônio Carvalho. **Desigualdade e saúde em Portugal**. Lisboa: Inst. Est. Desenvolvimento, 1991.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 255-262, 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-lei 57/86, de 20 de março de 1986. **Diário da República**, Lisboa, n. 66, Série I, 20 mar. 1986.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: www.portaldasaude.pt. Acesso em: 24 jul. 2022.

QUINTAL, Carlota; TAVARES, Helena; LOURENÇO, Óscar. Impacto das taxas moderadoras sobre a utilização de cuidados de saúde pediátricos: estudo aplicado a crianças em idade escolar na cidade de Coimbra. **Rev. Port. Sau. Pub**, Coimbra, v. 34, n. 2, p.154-162, jun. 2016.

RAMOS, Flávia Regina Souza *et al.* Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Santa Catarina, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2010.

PORTUGAL. **República Portuguesa**: XXIII Governo. Lisboa: Governo Português, 2022. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/portugal/sobre-portugal>. Acesso em: 24 out. 2022.

ROEMER, Milton Irwin. **National health systems of the world**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS, Catarina Dias dos. **Revisão do regime de Taxas Moderadoras em 2012**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Beira Interior, Covilhã.

SANTOS, Estevão Soares dos. **Efeito das taxas moderadoras no consumo de cuidados de saúde primários**. 2014. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.

SERAPIONI, Mauro. Taxas moderadoras. *In: SERAPIONI, Mauro. Dicionário das crises e das alternativas*. Coimbra: Almedina, 2012. p. 200-201.

SIMÕES, Jorge *et al.* Health Systems in Transition. **Portugal Health system review**, Copenhagen Ø, Denmark, v. 19, n. 2, p. 21-156, 2017.

SIMÕES, José Augusto Rodrigues. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. **Artigo publicado na Revista “Acção Médica”**, Covilhã, v. 72, n. 2, p. 95-106, 2008.

SOUZA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 884-894, 2009.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102- 106, 2010.

TAVARES, Helena de Jesus Marques. **Taxas moderadoras em idade pediátrica: percepções dos pais**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

TAXAS moderadoras acabam em todo o SNS exceto em urgência hospitalar sem referenciado: Conferência de Imprensa em 05 de maio de 2022. *In: PORTUGAL. República Portuguesa XIII Governo*. [Lisboa]: Governo Português, 2022. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=taxas-moderadoras-acabam-em-todo-o-sns-exceto-em-urgencia-hospitalar>. Acesso em: 24 jul. 2022.

THE ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Financing and Delivering Health Care**: A comparative analysis of OECD Countries. Paris: OECD; 1987.

TERRA, Diana Filipa Valente da Silva. **Sistema de saúde público vs. privado**: gastos e evolução nos últimos 10 anos. 2019. Tese (Doutorado) - Instituto Politecnico do Porto, Porto, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 195-206, 2008.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Ciências Agronômicas. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. **Tipos De Revisão De Literatura**. Botucatu: UNESP, 2015. 9 p. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

VIANA, Ana Luiza; MACHADO, Cristiani Vieira, Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 645– 684, 2008.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Gratuidade no SUS**: controvérsia em torno do co-pagamento. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 587).

VIEGAS, Valentino; FRADA, João; MIGUEL, José Pereira. **A Direcção-Geral da Saúde**: Notas Históricas. Lisboa: [s. n.], 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-direccao-geral-da-saude-notas-historicas-pdf.aspx>. Acesso em: 24 out. 2022.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista diálogo educacional**, Paraná, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems: improving performance. Genebra: World Health Organization, 2000.